

FORMULARIO ORDEN DE RENOVACIÓN PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MONOVALENTES O POLIVALENTES



COMPAÑIA DE SEGUROS

ADVERTENCIA AL ASEGURADO: Esta póliza se emite bajo la condición de que el acto médico del que deriva la responsabilidad del Asegurado haya sido practicado durante la vigencia del seguro ó desde la fecha de retroactividad y que, a su vez, el daño y el reclamo sean denunciados al Asegurador dentro del período de vigencia de la póliza, y/o el período extendido de denuncia de siniestros contratado.

RENOVACION POLIZA N°: _____ **VENCIMIENTO:** _____

1. Nombre de la Empresa: _____
Dirección: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
Email: _____
2. Nombre del Director Médico: _____
3. ¿Se han incorporado nuevas ubicaciones para esta institución? NO () SI ()

En caso afirmativo Indíquelos en hoja adjunta detallando prestaciones que se realizan an cada una de ellas.

4. ¿Se ha incorporado algún nuevo servicio en la institución asegurada?
NO () SI ()

En caso afirmativo, indique en hoja adjunta, cantidad de profesionales del servicio, equipamiento, etc.

5. Suma Asegurada Solicitada: _____

El que suscribe, declara y garantiza por el presente, que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspecto y son verdaderos, y que no ha omitido ni mentido sobre ningún hecho material, y conviene que el presente formulario de renovación forma las bases de todo contrato con los aseguradores, de la cobertura extendida a su favor.

Cualquier omisión o falsedad aún hecha de buena fe, de circunstancias conocidas por el asegurado, será considerada reticencia, en los términos previstos en la Ley 17.418 (art. 5º y subsiguientes) y hará nulo el contrato de seguro.

Alternativas de Cobertura TPC Puro, TPC Full y TPC 10

Asimismo declaro que tengo pleno conocimiento que estoy contratando una póliza con una cobertura a base de reclamos de terceros o de notificaciones al Asegurador de reclamos de terceros, siendo también de mi pleno conocimiento lo siguiente:

1) Que, conozco las limitaciones previstas en el contrato de seguro del que estoy solicitando su prórroga, y que en consecuencia, la cobertura del seguro cuya contratación solicito, solamente dará cobertura a los reclamos judiciales que me sean notificados por terceros, o a las notificaciones que yo haga al Asegurador de esos reclamos, relativos a mis acciones u omisiones durante el ejercicio de mi profesión, y que yo haya cometido a partir de la fecha retroactiva que será prevista en las Condiciones Particulares de Póliza.

2) Que la cobertura en las sucesivas pólizas que vaya renovando con este mismo Asegurador, seguirán los mismos principios establecidos en

1) teniendo siempre la obligación de indemnizarme la póliza en cuya vigencia haya sido presentado el reclamo del tercero perjudicado o mi notificación al Asegurador de haber recibido un reclamo de un tercero, cuando ésta anteceda al efectivo reclamo judicial.

3) Que existiendo más de un reclamo derivado de un mismo evento, la obligación de indemnizar le cabrá exclusivamente a la póliza en vigencia sobre la cual fue presentado el primero de los reclamos o la notificación del Asegurado, cuando esta le anteceda al reclamo.

4) Que no siendo renovada la póliza, será concedida cobertura automática para los reclamos que sean presentados hasta 0 años en el caso del TPC Puro, de 5 años en el caso del TPC Full y de 10 años en el caso del TPC 10, después del vencimiento o no renovación de la póliza, sin cobranza de premio adicional.

Notas:

I) TPC Puro: Cobertura base Reclamo sin extensión del período de reporte de reclamos y siniestros. El mismo puede contratarse comprando el endoso de salida para dicha extensión de hasta 10 años a la finalización de la vigencia del seguro y con el pago del premio adicional correspondiente.

II) TPC Full: Cobertura base Reclamo con extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de 5 años contratado al inicio de la vigencia del seguro, en forma automática y sin pago de premio adicional.

III) TPC 10: Igual al anterior (II), pero con una extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de 10 años.

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma: _____ Aclaración: _____

Cargo que ocupa: _____